LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Sur les déplacements des organes pendant l'évolution d'un épanchement pleural, par A. Bianchi, 81. — **Bibliographie** : La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente, par le Dr Séverin Icard, 82. — **Revue de la Presse** : Sur les paralysies d'origine centrale à la suite de la diphtérie, par le Dr Manicatide, 83. — **Académie des sciences** : *Séance du 25 janvier* 1897. Présidence de M. A. Chatin. — Courants à intermittences rapides. Générateur. Effets physiques ; effets physiologiques ; effets thérapeutiques, par M. Boisseau du Rocher, 83. — **Académie de médecine** : *Séance du 2 février* 1897. Présidence de M. Caventou. — Mort de Spencer Wells, 84. — La peste bubonique, 84. — Gastrostomie par le procédé de Franckl Hochwart, 84. — Monument à Pelletier et Caventou, 84. — Désintoxication du sang, 84. — Sur la présence d'urobilinurie à la suite de traumatismes de la région hépatique, 84. — Traitement de la tuberculose par le mercure, 85. — Maladie kystique du testicule chez un enfant de 19 mois, 85. — Lèpre oculaire, 85. — Eclampsie et hystérie, 85. — Le tétanos à Madagascar, 85. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 29 janvier*. Présidence de M. Debove. — La réaction agglutinante de Widal, 85. — Pression artérielle dans l'éclampsie puerpérale, 85. — Syphilides ulcéreuses et paralysie infantile, 86. — Eruption scarlatineuse localisée à la face, 86. — La diphtérie de l'adulte, 86. — Recherches bactériologiques sur la rougeole, 87. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance* du 14 *du janvier* 1897. — Sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques, 87. — Un nouveau cas de « folliculite disséminée » chez un homme atteint de tuberculose ganglionnaire, 87. — Cicatrice chéloïdienne consécutive à une cautérisation par la teinture d'iode, 88. — Tricophytie cutanée, 88. — Erythème circiné tricophytique, 88. — Angiome volumineux, 88. — Traitement chirurgical des lupus étendus, 88. — Cas de télangiectasies en plaques multiples, 88. — Psoriasis kératosique, 88. — De la scrofule oculaire et de ses relations avec la syphilis héréditaire, 88. — Eosinophilie chez les psoriasiques, 89. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 9 janvier* 1897. — Rapport sur les travaux de la Société de médecine de Paris pendant l'année 1896, par le Dr L. Jullien, 90. — **Société de Chirurgie** : *Séance du 4 février* 1897. Présidence de MM. Ch. Monod et E. Delens. — Tumeurs malignes du foie, 95. — Chirurgie du poumon, 95. — Traitement électrique des affections utérines, 95. — Fistule branchiale, 95. — Luxations irréductibles du coude, 95. — De l'utilité des ablations partielles des ostéo-sarcomes des membres, 95. — **Nouvelles**, 95.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur les déplacements des organes pendant l'évolution d'un épanchement pleural libre (1)

Par A. Bianchi

Sommaire. — Projections phonendoscopiques et radioscopiques. — Lois générales. — Pendant l'évolution d'un épanchement pleural. — Après la réabsorption d'un épanchement pleural — Conclusion.

Toutes mes observations sont faites par la projection phonendoscopique et je les ai vu confirmer presque complètement par la radioscopie dans la clinique du professeur Bouchard, auquel je présente mes plus vifs remerciements pour m'avoir permis d'assister à ses séances de radioscopie des organes thoraciques.

On peut ainsi ou faire la comparaison des épreuves radiographiques et phonendoscopiques ou chercher les limites des bruits provoqués sur la partie soumise dans le même temps à la radioscopie. Et si les résultats de la radioscopie sont pareils aux résultats de la projection phonendoscopique dans les parties où la radioscopie donne des résultats positifs, il est à croire justement que la même chose soit dans les cas où la radioscopie ne donne pas de résultats positifs.

Je crois nécessaire de vous dire que le liquide pleural n'empêche pas la projection phonendoscopique des organes voisins ou entravés par lui. On peut diviser en deux groupes ces observations : 1° Observations pendant l'épanchement pleural : 2° observations après l'épanchement pleural. Tous les organes étant modifiés pendant cette évolution, il faut étudier leur projections sur les parois antérieures et sur les parois postérieures. Toutes les modifications par les conditions physiologiques différentes ou par les conditions pathologiques sont toujours identiques pour le même côté et pour la même quantité de liquide. Il faut ici rappeler des lois générales d'équilibre des organes. Le foie, la rate, le rein, le poumon sont des organes privés d'un mouvement autochtone, sont des organes inertes; le poumon, le cœur, l'estomac et les intestins sont des organes doués d'un mouvement fonctionnel, sont des organes actifs. Nous avons ainsi deux centres de mouvement, le thorax (poumon et cœur) et le ventre (estomac, intestins). On peut laisser de côté l'action du cœur et considérer seulement les deux forces antagonistes, la pulmonaire et la gastro-intestinale. Le diaphragme sert pour empêcher la prédominance exagérée d'une force sur l'autre. Il y a équilibre lorsque la force de fonctionnalité pulmonaire et la force de fonctionnalité intestinale sont égales, mais si l'une prédomine sur l'autre d'une façon permanente, l'équilibre est rompu et nous avons les déplacements vrais, constants des organes.

En physiologie pendant le mouvement respiratoire, nous avons toujours un déplacement rapide, vertical et rythmique des organes environnants; pendant le mouvement digestif nous avions aussi un déplacement lent, rythmique, vertical et transversal des organes environnants; mais le déplacement dans les deux cas est bien limité. L'action mécanique des organes actifs n'est pas directe, mais s'exerce par l'intermédiaire du

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 9 janvier 1897.

diaphragme, qui empêche un déplacement trop fort d'une cavité à l'autre.

Lorsque nous avons un épanchement pleural nous avons une nouvelle force thoracique, unilatérale, centrifuge; cette force déplacera permanentement et directement les organes environnants et indirectement les autres. Le poumon du même côté est déplacé en haut et limité dans sa fonctionnalité selon la quantité de l'épanchement. Le poumon du côté contraire est déplacé en dehors et en bas, mais travaillant aussi pour l'autre, déplace en direction centrifuge et directement les organes environnants, et indirectement les autres.

Ainsi le diaphragme a sa concavité en haut, et le cœur, perdant son appui sur le diaphragme, se fait vertical, allongeant son faisceau vasculaire, tandis que, par les pressions latérales plus fortes du côté de l'épanchement, il est repoussé du côté contraire, où la force du poumon sain empêche son déplacement trop accentué.

Le diaphragme pousse directement en bas le foie, l'estomac et la rate: le foie et la rate portaient en bas les reins: le foie et l'estomac donnent une pression sur les intestins et spécialement sur le côlon transverse. Ces déplacements en bas sont plus importants du côté de l'épanchement et du foie, que de l'autre côté.

Lorsque, au contraire, l'épanchement lentement disparu laisse une lésion du poumon du même côté, la force centrifuge reste toujours plus active, de l'autre poumon. — Dans la cavité thoracique alors, nous avons une force respiratoire puissante dans le côté contraire au côté de l'épanchement, une force plus ou moins faible de ce côté, les forces ont une action sur le diaphragme et sur le mediastin, qu'ils ont courbés en dehors. Ainsi le cœur est déplacé vers le côté contraire au poumon hyperfonctionnant. Mais les organes abdominaux actifs, déplacés en bas par la force centrifuge du côté du poumon actif trouvent seulement une force centrifuge plus ou moins faible du côté contraire. Alors agissant activement ils repoussent en haut le diaphragme du côté du poumon partiellement actif et les organes abdominaux refoulés ainsi en bas du côté actif sont repoussés en haut de l'autre côté.

Ce sont ici des lois générales de la pathologie de l'épanchement pleural, et c'est par ces lois que nous pourrons expliquer toutes les altérations très variées dans l'entourage d'un épanchement pleural libre.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente, par le Dr Séverin Icard. Ouvrage récompensé par l'Institut. Paris, Félix Alcan, éditeur, 1877.

L'étude de la mort réelle et de la mort apparente a toujours été considérée comme ayant une grande importance, aussi bien par les cliniciens que par les physiologistes. Mais pour prendre un point de départ, il n'est pas facile de donner une définition de la mort réelle, et notre confrère s'est bien rendu compte de la difficulté quand il a exposé les diverses théories relatives à cette définition. Cependant, en fin de compte, la mort arrive lorsque le sang cessant d'être en mouvement ne peut plus apporter aux organes et aux tissus les éléments de leur régénération. Aussi M. Icard cherche à démontrer que, quelle que soit la cause de la mort apparente, dans aucun cas, il n'existe un arrêt complet et prolongé de la circulation; celle-ci peut être très atténuée mais elle persiste; s'il existe un arrêt, cet arrêt ne peut être que momentané; un arrêt complet et prolongé de la circulation serait la mort réelle. C'est là en quelque sorte le théorème qui sert de base à la méthode que l'auteur propose pour établir le diagnostic entre la mort réelle et la mort apparente.

Cette étude a été divisée en trois parties: dans la première se trouvent l'exposé et l'examen critique de tous les signes de mort connus jusqu'ici. Chacun de ces signes est passé en revue au point de vue de la valeur et de l'importance. Chemin faisant, M. Icard a exposé les expériences personnelles qu'il a faites pour contrôler quelques signes connus dont la valeur avait été un peu exagérée. C'est ainsi qu'il a fait quelques expériences sur l'oxydation des aiguilles de différents métaux, sur le dosage de l'oxygène et de l'acide carbonique, sur un procédé pratique de pneumatoscopie, sur la transparence des tissus par l'éclairage électrique, sur l'incandescence de la cavité buccale, le relâchement simultané des sphincters, l'urtication, les piqûres d'abeilles, l'application des sangsues, sur le moment de la formation d'un réseau fibrineux dans une gouttelette de sang examinée au microscope.

Dans la seconde partie de son travail, qui est personnelle, M. Icard expose une nouvelle méthode pour s'assurer avec certitude de la réalité de la mort. Puisque, dit-il, la vie est impossible avec un arrêt complet et prolongé de la circulation et que les moyens employés jusqu'ici pour mettre ce signe en évidence sont insuffisants ou dangereux, toute la difficulté du problème consistait à trouver de nouveaux moyens d'un emploi simple, facile et pratique, qui pussent rapidement nous renseigner d'une manière certaine sur l'arrêt définitif ou temporaire du courant sanguin. L'auteur croit les avoir trouvés dans les phénomènes d'absorption par voie hypodermique; il donne, d'ailleurs, la preuve expérimentale et clinique de la valeur de ce moyen et en fait l'application au diagnostic des principaux états de mort apparente. La troisième partie contient des données plus connues, c'est l'étude du traitement de la mort apparente.

L'auteur étudie en même temps les mesures administratives qui sont en usage pour les inhumations dans différents pays. L'ouvrage de M. Icard contient un grand nombre de faits d'un grand intérêt en clinique comme en physiologie. L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Sur les paralysies d'origine centrale à la suite de la diphtérie, par le Dr Manicatide. (*Rev. des mal. de l'enfance*, octobre 1896). — Le Dr Manicatide divise les paralysies survenant à la suite de la diphtérie en quatre groupes.

1° Un premier groupe, très restreint jusqu'à présent, comprend les paralysies dues à des lésions musculaires, sans altération nerveuse, comme témoignent les cas étudiés par Hocchhaus;

2° Dans un deuxième groupe de beaucoup le plus grand, il range toutes les paralysies à lésions névritiques, paralysies communes, classiques, et celles, plus rares, qui revêtent la forme du pseudo-tabes ou de la paralysie ascendante. La lésion se trouve toujours dans les neuromes périphériques centrifuges ou centripètes (moteurs ou sensitifs);

3° Dans le troisième groupe entrent les paralysies à lésions médullaires, soit de la substance grise, comme certains cas d'atrophie médullaire persistante (Oertel, Dejérine), soit de la substance blanche comme certains cas à forme d'ataxie locomotrice ou sclérose en plaques (Bikeles, Preisz, Hensehen). Ces lésions ont été produites expérimentalement par Crocq fils, Hallion et Enriquez;

4° Un quatrième groupe comprend les paralysies d'origine centrale, cérébrale, ordinairement hémiplégiques, dues à une embolie, à une hémorrhagie par lésion cardiaque ou vasculaire.

C'est une de ces paralysies à forme hémiplégique, dont le Dr Manicatide rapporte l'observation, qui a servi de point de départ à son travail. Bien qu'elles soient rares, elles ne sont cependant pas exceptionnelles puisqu'il a pu en retrouver 17 autres cas dans la science.

Presque toutes ces observations peuvent être superposées au point de vue clinique. Le plus souvent pendant la convalescence, rarement au cours de la maladie même, jamais au-delà de vingt à vingt cinq jours après le début de la diphtérie, la paralysie s'installe d'un coup, après un ictus accompagné ou non de convulsions et d'autres troubles cérébraux. La paralysie est hémiplégique, et, si l'enfant survit aux premiers accidents, la maladie évolue comme une hémiplégie vulgaire vers l'état spasmodique, ou elle s'améliore progressivement et arrive à la guérison presque complète. Tous les symptômes sont ceux d'une paralysie d'origine centrale, cérébrale, avec des variantes dues à la localisation corticale ou plutôt capsulaire et à l'étendue de la lésion qui est presque toujours une embolie.

La toxine diphtérique peut aussi avoir une action directe sur les neuromes, comme l'a observé expérimentalement C. Ceni, mais on ne possède pas encore un cas de paralysie chez l'homme dû nettement à une encéphalite diphtérique.

Les lésions dégénératives et atrophiques des cellules cérébrales trouvées par Pernice et Scagliosi sont disséminées et ne produisent pas de troubles fonctionnels appréciables.

Il est rare qu'on puisse observer de ces typiques à lésion uniquement névritique, médullaire ou cérébrale; le plus souvent, ces lésions sont combinées, névritiques et musculaires, etc.

D'après la localisation et la nature de la lésion, d'après son importance, le pronostic et le traitement seront différents. Par conséquent, le diagnostic de la paralysie diphtérique tout simplement ne suffit pas, il faut toujours préciser la localisation, l'étendue et, autant que possible, la nature de la lésion (inflammation, embolie, dégénérescence). E. D.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 janvier. — *Présidence de* M. A. Chatin.

Courants à intermittences rapides. Générateur. Effets physiques; effets physiologiques; effets thérapeutiques, par M. Boisseau du Rocher. — M. le professeur d'Arsonval a fait connaître les courants à haute fréquence, qui sont des courants alternatifs. Le générateur qui fait l'objet de cette note donne des courants sans changement de pôles. Aussi, pour différencier ceux-ci des précédents, je les désignerai sous le nom de *courants à intermittences rapides*.

Ces courants s'obtiennent en modifiant, comme je vais le dire, la machine statique dont on se sert en électrothérapie. La première modification consiste à placer, en nombre pair, dans le champ électrique de la machine, des condensateurs spéciaux, à charge et à décharge lentes, et à les relier à la chaîne de terre. Ces condensateurs, que j'ai fait construire sur les données fournies par le théorème de Faraday, sont constitués par une sphère de cristal dans laquelle on a fait le vide de Crookes; une tige métallique intérieure centrale, qui sert de pôle, étant reliée à la chaîne de terre. Ils n'ont donc qu'une seule armature métallique, l'air ambiant servant de seconde armature. Une première série de condensateurs de faible capacité, et tous de même capacité, permettent d'augmenter, autant qu'il est nécessaire, par conséquent de régler le potentiel. D'autres condensateurs, de grande capacité et de grandes surfaces, ont leur pôle intérieur constitué par une spirale en métal. Ces derniers, construits, du reste, sur le même principe que les précédents, permettent d'augmenter et de régler le débit. Ces deux types de condensateurs sont à charge et à décharge lentes; le vide de Crookes ayant été fait dans les sphères, ils ont, en effet, une très grande résistance intérieure. L'expérience m'a prouvé, en outre, qu'on augmentait encore la puissance de la machine en complétant l'installation au moyen d'une spirale métallique de grande capacité; il se produit, en effet, dans ces conditions, des phénomènes de self-induction, comme l'a établi M. d'Arsonval.

Interrupteur. — L'interrupteur est formé d'un manche isolant, à l'extrémité duquel est montée une tige métallique sur laquelle se fixent les excitateurs, pointes, boules, etc.

Sur cette tige métallique est fixée une sphère de métal, de capacité variable, suivant les cas, en général de 0m,10 à 0m,15 de diamètre. Enfin, sur la partie isolante du manche, glisse un curseur portant une boule de métal de petit diamètre. C'est entre ces deux boules que jaillissent les étincelles qui produisent les interruptions et règlent les intermittences, le curseur permettant de faire varier la distance entre les deux boules. Ce curseur est, en outre, muni d'une agrafe à laquelle s'accroche la chaîne de terre. Le nombre des intermittences est donc variable selon qu'on éloigne ou qu'on rapproche l'une de l'autre les deux boules de l'interrupteur. Pour des étincelles longues, les intermittences sont de 1200 par minute. A mesure que les étincelles diminuent de longueur, le nombre des intermittences augmente ; il est alors de 7000.

Les intermittences rapides se font sans *changement de pôle* ; cette notion a un intérêt considérable au point de vue thérapeutique.

Effets physiques. — Ces courants désorganisent les corps solides, volatilisent les liquides et décomposent les gaz. Ce sont ces actions que j'utilise pour la production de l'électrolyse médicamenteuse gazeuse (maladies de la peau). D'autres phénomènes ne peuvent pas se reproduire à volonté, étant donné qu'on ne connaît pas les conditions dans lesquelles ils se produisent ; ils sont néanmoins intéressants : parfois, sur le conducteur qui relie le générateur au tabouret, on voit une boule de feu, ayant le volume apparent d'une lentille, descendre lentement le long du conducteur et se perdre sur le tabouret. C'est un phénomène qui paraît analogue à la foudre globulaire. Il se produit aussi parfois, entre les conducteurs et le plateau de la machine, une lueur vive qu'on ne peut mieux comparer qu'aux éclairs de chaleur.

Effets physiologiques. — Ces courants pénètrent profondément l'organisme : 1° si l'on tire une décharge de l'un des côtés du crâne, les membres du côté opposé se contractent ; 2° appliqués sur la joue, ils produisent une salivation acide ; 3° si l'on tient l'interrupteur à la distance voulue du patient, la totalité des muscles se contractent, aussi bien les viscères que les autres muscles ; 4° quelques instants d'application suffisent pour déterminer la sudation ; 5° enfin, si l'on applique l'interrupteur sur un point d'élection, le muscle entre en contracture tétanique.

Effets thérapeutiques. — Les résultats thérapeutiques que j'ai pu observer sont les suivants : 1° Une augmentation considérable des urines. 2° Le relèvement rapide du taux de l'urée. 3° La disparition du sucre chez les glycosuriques. 4° Une sédation considérable du système nerveux. Employés contre les manifestations de l'hystérie, ces courants m'ont donné des résultats excellents qui m'ont paru durables. 5° A noter également le traitement de certaines paralysies. 6° Enfin, comme traitement des maladies de la peau et du cuir chevelu, l'alopécie précoce, ils m'ont donné des résultats remarquables. Contre ces affections, j'utilise, le plus souvent, leur action sur les liquides et sur les gaz, pour produire des médicaments à l'état gazeux. La nature des médicaments employés diffère d'ailleurs avec la nature de l'affection.

Les hautes intermittences ont des aspects et des propriétés différents selon qu'on utilise les pointes, les boules, etc., et selon le nombre d'intermittences. Ils peuvent être reproduits toujours identiques à eux-mêmes, avec leurs caractères propres, et sont faciles à enregistrer sur des plaques photographiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février. — Présidence de M. Caventou.

La Correspondance comprend une lettre de M. le Dr Barratier, de Jeugny (Aube) qui se porte candidat au titre de correspondant national dans la première division.

Mort de Spencer Wells. — M. le président annonce la mort de M. Spencer Wells, le chirurgien anglais bien connu, associé étranger de l'Académie.

La peste bubonique. — M. Collin attire l'attention de l'Académie sur l'introduction de l'épidémie de peste dans la mer Rouge par le détroit de Babel-Mandeb ; jusqu'ici la peste bubonique n'avait pas franchi l'équateur ; elle n'avait pas dépassé la basse Egypte et n'avait même pas atteint la Nubie malgré la prédisposition bien connue de la race noire. On pense qu'il y a de nombreux foyers le long de la grande chaîne montagneuse qui traverse l'Asie de l'est à l'ouest. La peste part de temps à autre de l'un de ces foyers mais jamais l'affection n'est descendue jusqu'au Tonkin. Les germes pestilentiels, contrairement à ceux du vomito résistent difficilement aux températures élevées.

L'épidémie de peste actuelle descend vraisemblablement de l'Himalaya, mais elle paraît avoir une puissance de pénétration plus considérable que les épidémies antérieures. Sa pénétration dans la mer Rouge paraît nécessiter la plus active surveillance, non seulement pour la France et pour l'Europe, mais pour nos colonies.

Gastrostomie par le procédé de Franckl-Hochwart. — M. le Dr Villard (de Bordeaux) lit un travail dans lequel il donne le résultat de huit opérations qui ont été pratiquées par ce procédé, dont six à Bordeaux, et toujours avec succès.

Monument à Pelletier et Caventou. — M. Planchon dépose sur le bureau, de la part de la Société des pharmaciens de la Seine, une demande tendant à obtenir la souscription des membres de l'Académie pour un monument à élever à Pelletier et Caventou, les inventeurs du sulfate de quinine.

Désintoxication du sang. — M. Hayem fait un rapport sur un travail de M. Barré relatif à la désintoxication du sang. Le travail de M. Barré portait sur quatre observations ; depuis, l'auteur a communiqué un cinquième cas à M. Hayem. La saignée lui paraît un moyen d'éliminer un certain nombre de toxines ; la transfusion saline lui paraît d'autre part un moyen de diluer les toxines du sang et de les rendre moins nuisibles ; il facilite en outre l'élimination de ces toxines à l'aide de la diurèse, mais la source de la toxhémie n'est pas modifiée et peut reproduire rapidement un certain nombre de toxines. Les deux opérations portent sur tout l'organisme et leur action est encore très obscure ; il reste donc à savoir si le procédé de l'auteur est plus rapide et plus sûr que la simple phlébotomie. Les observations de l'auteur ne portent d'ailleurs que sur des cas dans lesquels la phlébotomie seule a donné des résultats analogues.

Sur la présence d'urobilinurie à la suite de traumatismes de la région hépatique. — M. Hayem lit un rapport sur un travail de M. Laval. M. Laval s'appuyant sur deux faits pense

e l'urobilinurie est un signe constant des traumatismes de région du foie et que la quantité de l'urobiline est en pport avec la gravité de l'accident. Mais un traumatisme elconque de la région du foie peut amener un urobilirie de quantité et de durée variables.

Traitement de la tuberculose par le mercure. — M. Lade lit un rapport sur un travail de M. le Dr E. Dubois. uteur a obtenu par ce mode de traitement un certain mbre de succès, et il ne s agissait pas de malades syphiiques. Il emploie les injections hypodermiques de bilorure de mercure au millième sans alcool à la dose d'une mi-seringue de Pravaz faite de préférence dans la région s-épineuse et dans la région sous-claviculaire. Il fait une jection tous les jours pendant quinze jours ; s'il est obligé ur une cause quelconque d'interrompre ses injections, il s remplace par des frictions avec deux ou trois grammes onguent mercuriel.

Maladie kystique du testicule chez un enfant de 19 ois. — M. Hirmisson lit l'observation d'un enfant qui a été péré il y a treize mois et qui est resté guéri ; il s'agissait nc bien d'une tumeur bénigne.

Lèpre oculaire. — M. Hallopeau lit un rapport sur un avail de M. de Gouvea intitulé : Etude clinique sur les anifestations oculaires de la lèpre. La paralysie de l'orculaire paraît jouer un rôle prépondérant dans la pathoénie de ces altérations ; elle est constamment consécutive des lésions de la conjonctive palpébrale ; il s'agit, suivant oute vraisemblance, d'auto-inoculations. La paralysie peut re dué à l'invasion du muscle orbiculaire ou de ses filets oteurs par les bacilles ; on peut enrayer le développement onsécutif des altérations oculaires en pratiquant une blépharoraphie prophylactique aussi étendue que possible et partie entre les deux angles de la fente oculo-palpébrale.

Eclampsie et hystérie. — M. Closier (de Beauvais) pense ue les accidents éclamptiques et les accidents hystériques ont fonction d'un même état morbide et qu'en opérant ur les zones hystéro-clasiques on peut faire disparaître ces eux sortes d'accidents.

Le tétanos à Madagascar. — M. Polaillon lit un rapport ur un travail envoyé par le Dr Burot, médecin principal e la marine. Ce travail porte sur quatre cas de tétanos. eux cas ont été consécutifs à des injections hypodermiques le sulfate de quinine, faites à terre; deux autres, moins xplicables, ont été observés sur le *Shamrock*, mais M. Poaillon les explique par la contagion dont il a eu la démonsration dans sa salle d'hôpital. M. Eymery-Dessroubes, médecin en chef de l'expédition, avait d'ailleurs recommandé, au début, de n'user qu'avec les plus grandes réserves les injections hypodermiques. Ces cas ont tous eu une marche fatale.

A 4 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Landouzy sur les candidats dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation sera ainsi composée : en 1re ligne, M. Fernet; en 2e ligne, M. Rendu; en 3e ligne *ex æquo*, MM. Joffroy et Troisier; en 4e ligne *ex æquo*, MM. Chauffard et Marie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 janvier. — Présidence de M. Debove.

La réaction agglutinante de Widal. — M. Ferrand. M. Widal a reproché au fait que j'ai apporté dans la précédente séance d'être exceptionnel, unique. Ce reproche pourrait bien ne pas être mérité longtemps, si j'en crois les faits dont nous avons connaissance, et, notamment, celui publié récemment par le *Wiener Wochenschrift* dans lequel Jez, à l'Institut anatomo-pathologique de Vienne, a constaté nettement l'action agglutinative du sérum dans une méningite tuberculeuse vérifiée à l'autopsie. On m'a reproché encore de n'avoir pas recueilli à l'autopsie des sérosités qui, dûment filtrées, auraient permis de contrôler les constatations faites pendant la vie. Mais M. Widal sait mieux que personne que la sérosité ainsi filtrée (sur un filtre de porcelaine) perd, par le fait même de cette filtration, tout ou partie de son pouvoir agglutinatif. C'est un fait qu'il énonçait à l'Académie de médecine, le 29 septembre dernier. Les sérosités extraites des séreuses n'ont pas donné des résultats moins variables (Ménétrier et Achard.) Je crois donc devoir maintenir des conclusions qui, tout en proclamant la haute valeur des résultats obtenus par M. Widal et la grande importance de sa méthode, ajoutent que la spécificité absolue de la séroréaction n'est pas encore démontrée.

M. Widal. Ce n'est pas le lieu de discuter ici le cas de M. Jez. Si M. Ferrand avait eu le texte exact de ma communication, avec M. Sicard, à l'Académie de médecine, il y aurait lu la phrase suivante : « Si l'on filtre une humeur, comme la sérosité péricardique, on peut reproduire le phénomène avec le produit de filtration, mais le pouvoir agglutinatif reste diminué. » Je ne puis donc très bien saisir le sens de son objection et je maintiens que l'on aurait dû, à l'autopsie du malade, prendre du sang ou de la sérosité péricardique.

Pression artérielle dans l'éclampsie puerpérale. — M. Vaquez. M. Vinay (de Lyon), en se servant du sphygmomanomètre de Potain, a constaté, en 1894, que chez les femmes enceintes la pression artérielle ne se modifiait pas jusqu'au début du travail. Par contre, chez les femmes enceintes albuminuriques, la pression pouvait atteindre 18 à 20 centimètres de mercure.

Des observations faites à la Maternité, en collaboration avec son interne, M. Nobécourt, permettent à M. Vaquez de confirmer ces résultats. Pendant la durée des accès éclamptiques, la pression est toujours supérieure à la normale. Si les accès s'interrompent, la pression diminue, sans cependant revenir à la normale ; elle s'élève quand les accès recommencent. Si, au contraire, les accès disparaissent, la pression diminue rapidement et revient à la normale.

De ces recherches, on peut tirer des considérations pathogéniques et cliniques. L'élévation de la tension est semblable à celle que Ziemssen a constatée dans l'urémie. Cet auteur a noté que la pression s'élevait très notablement dès les premiers prodromes de l'accès convulsif pour redescendre, une fois l'attaque terminée. Mais l'hypertension ne résulte pas des convulsions mêmes, elle les précède parfois de plusieurs jours. Elle résulte très vraisemblablement d'une action vaso-constrictive provoquée par l'action sur les centres nerveux de certaines substances toxiques non éliminées par les urines. Il paraît, d'autre part, difficile de ne pas admettre que ces modifications rapides et considérables de la tension ne soient pas pour quelque chose dans la nature des lésions constatées à l'autopsie, dans la fréquence et l'étendue des hémorragies.

L'exploration de la tension artérielle, toujours utile au

cours de la grossesse, est indispensable chez les albuminuriques. L'hypertension permet de prévoir l'imminence des accès éclamptiques et d'instituer une thérapeutique capable de les faire avorter. Au cours même de l'affection, cette exploration est encore nécessaire, car elle permet de juger si les rémissions qui interrompent les crises ont un caractère passager ou définitif.

M. Debove. Les conclusions auxquelles sont arrivés MM. Vaquez et Nobécourt concordent avec la pratique des anciens médecins qui employaient souvent la saignée dans l'éclampsie, et avec grand profit.

Appendicite.— MM. A. Siredey et Le Roy, interne des hôpitaux. Les lésions fondamentales de l'appendicite consistent le plus souvent en une inflammation très intense des follicules clos qui occupent la partie profonde de la muqueuse. Mais il est fréquent d'observer en même temps des altérations plus ou moins graves de la muqueuse, de la couche sous-muqueuse et de la musculeuse.

Les altérations que nous allons décrire résument cinq cas variés d'appendicite étudiés spécialement au point de vue de l'anatomie pathologique.

Les follicules clos présentent six ou huit fois les dimensions de follicules normaux. Les mailles du tissu réticulé sont remplies de cellules lymphatiques qui masquent les cellules fixes de la trame et compriment les vaisseaux sanguins. Ces follicules tuméfiés refoulent la muqueuse, et tendent ainsi à diminuer la lumière du canal central.

Le tissu sous-muqueux reste quelquefois indemne à côté de follicules très altérés ; quelquefois il présente des altérations assez analogues à celles des follicules clos : les espaces conjonctifs sont remplis de cellules plus ou moins tassées les unes contre les autres, et cette hyperplasie se confond avec celle qui entoure les follicules, au point de constituer une vaste nappe de tissu embryonnaire qui s'étend depuis la muqueuse jusqu'au voisinage de la couche musculeuse.

Les lésions de la muqueuse sont variables. L'ulcération peut avoir pour point de départ la muqueuse elle-même, mais, le plus souvent, elle succède à la destruction des follicules clos. Il se produit une véritable nécrobiose des cellules de nouvelle formation, soit à la suite de la compression des vaisseaux sanguins par les cellules lymphatiques accumulées en excès dans les tissus lymphoïdes, soit à la suite d'embolies microbiennes de ces vaisseaux.

Les premiers abcès apparaissent, en général, au centre des follicules, mais ils peuvent être plus rapprochés des bords, et nous avons vu plusieurs fois des follicules communiquer largement par la rupture des sinus lymphatiques qui les entourent.

Sur deux de nos appendices il existait une sclérose extrêmement prononcée des couches profondes. Sur deux autres nous avons constaté une oblitération du canal central. Elle coïncidait, dans une de nos observations, avec une disparition à peu près complète de presque tous les éléments normaux, l'appendice tout entier étant transformé en tissu embryonnaire. L'oblitération, d'ailleurs, s'étendait depuis le fond de l'appendice jusqu'au voisinage du cæcum.

Un autre appendice (opéré à froid) était oblitéré sur son tiers moyen environ, et il n'existait, à la partie inférieure, aucun renflement kystique. La folliculite dans ce cas était aussi développée en amont qu'en aval de l'occlusion. Les cultures faites dans ce cas restèrent stériles.

Dans trois autres observations le canal très rétréci en certains points conservait toujours une bordure épithéliale bien nette, et l'orifice n'était, en aucun point, oblitéré.

Il ne semble pas que les lésions de l'appendice soient consécutives à l'oblitération ; elles paraissent plutôt en être la cause. Il n'en est pas moins vrai que la cavité de l'appendice se trouve dans des conditions éminemment favorables à l'infection, comme l'expérience le prouve trop souvent. Close ou non, c'est une cavité en cul-de-sac dans laquelle la stagnation des liquides est fatale. Survient il une ulcération de la muqueuse, un abcès miliaire qui s'ouvrira dans sa cavité, l'élimination des produits septiques est alors à peu près impossible et l'infection en est la conséquence habituelle. Mais nous ignorons encore complètement la cause primitive de ces folliculites, de ces abcès miliaires.

M. Rendu. Les faits sont plus importants que les théories dans cette question de l'appendicite; aussi devons-nous remercier M. Siredey de nous apporter des faits fort bien observés. Les lésions constatées dans l'appendicite sont loin d'être uniformes. Quant à la théorie du vase clos, elle semble souvent être vraie sur des pièces fraîches, mais si on examine les mêmes pièces après conservation, on s'aperçoit que l'oblitération n'existait pas. Cette théorie ne peut certainement pas expliquer tous les faits ; il ne faudrait pourtant pas la condamner dès à présent.

M. Siredey. Aucun des cinq cas n'est favorable à la théorie du vase clos; quatre fois l'oblitération n'existait pas, et, dans le cas où celle-ci était complète, les parois de la cavité appendiculaire ne contenaient pas de microbes.

M. Le Gendre. Dans les appendicites anciennes la transformation fibreuse ne met pas à l'abri des perforations ultérieures. J'ai pu observer à la maison Dubois un malade qui avait eu chaque année, pendant dix-sept ans, une poussée de colique appendiculaire et qui mourut après une perforation de l'appendice.

M. Mathieu. Je veux insister sur la coïncidence fréquente de la colite membraneuse et de l'appendicite. Cette coïncidence rend souvent le diagnostic difficile.

M. Rendu. Qu'il y ait une relation entre l'appendicite et la diarrhée colique, il n'y a pas l'ombre d'un doute. Je pourrais, par exemple, citer l'observation d'une jeune fille qui eut, pendant onze mois consécutifs, une diarrhée chronique et qui mourut d'appendicite.

M. Le Gendre. Je crois en effet que l'on ne saurait trop insister sur ce fait que souvent l'appendicite est accompagnée de diarrhée et non de constipation ; ceci est surtout fréquent chez les enfants.

Syphilides ulcéreuses et paralysie infantile. — M. G. Thibierge présente un malade atteint d'atrophie du membre supérieur droit consécutive à une paralysie infantile, et qui, ayant contracté la syphilis, vit survenir une éruption de syphilides malignes précoces sur le tronc et les membres, mais non sur le membre atrophié. Ce fait doit être rapproché d'un cas semblable, publié par M. Jolly, dans lequel une syphilide papulo-squameuse généralisée avait respecté le membre inférieur atteint de paralysie infantile.

Eruption scarlatineuse localisée à la face. — M. G.-H. Lemoine, du Val-de-Grâce, rapporte 23 cas de scarlatine dans lesquels l'éruption a été exclusivement localisée à la face.

La diphtérie de l'adulte. — M. Gouguenheim lit un travail dont voici les conclusions :

1° La diphtérie de l'adulte est plus commune qu'on ne l'a cru jusqu'ici ;

2° Elle est méconnue en raison de sa bénignité, presque constante, parce que l'examen bactériologique est presque toujours négligé et que les symptômes diffèrent peu, la plupart du temps de ceux d'une angine aiguë pultacée, lacunaire, herpétique ;

3° Le larynx est rarement envahi, et les signes de cet envahissement ne sont jamais aussi graves que ceux que l'on observe chez l'enfant ;

4° L'adénite sous-maxillaire est assez répandue ; habituellement elle se résout, mais quelquefois elle suppure, alors le pus ne renferme que des streptocoques et des staphylocoques, sauf dans les cas hypertoxiques où on peut rencontrer le bacille de Lœffler,

5° Les fosses nasales et le cavum pharyngien sont parfois affectés ;

6° La paralysie diphtérique est rare et guérit facilement ;

7° Le bacille de Lœffler peut être court, moyen ou long, sans que cet aspect ait une signification certaine au point de vue de la bénignité, de la gravité de l'affection ;

8° Les associations microbiennes n'assombrissent pas, chez l'adulte, le pronostic de la diphtérie ;

9° Chez l'adulte, la contagion de la diphtérie est évidente ; on peut observer de petites épidémies dans des salles d'hôpital. La transmission peut s'étendre à l'enfant, d'où la nécessité de mesure prophylactiques ;

10° L'albuminurie est un signe fréquent dans la diphtérie comme dans toutes les maladies infectieuses : elle ne paraît pas aggraver le pronostic ;

11° Souvent la guérison est spontanée, mais la sérothérapie est fréquemment indiquée ; la dose de 5 cc. suffit dans les cas bénins ; dans les cas sérieux, il est bon d'injecter de 10 à 20 cc. Le sérum n'agit pas dans les cas réfractaires.

Recherches bactériologiques sur la rougeole. — M. H. Barbier. J'ai fait l'examen du sang, des mucosités conjonctivales, nasales et buccales, ainsi que celui de certaines complications chez un grand nombre de rougeoleux, et j'apporte ici les résultats de ces recherches :

1° *Sang.* Sur 11 malades, le sang pris au niveau des plaques rouges est resté stérile 7 fois, 4 fois j'ai rencontré des parasites de la peau ;

2° *Conjonctive.* Sur 57 malades examinés, j'ai eu 6 résultats négatifs et 31 cas positifs.

Dans ces 31 cas j'ai surtout rencontré :

a. Un bacille se rapprochant, par ses caractères morphologiques, du bacille diphtérique, mais s'en différenciant par des formes d'involution apparaissant dès le troisième jour, formes gigantesques, en poire, en massue, se terminant comme une comète, on dirait souvent une grosse virgule terminée par des points ; le dixième jour, même aspect, mais la préparation est remplie de granulations fines, faiblement colorées. Sa virulence est nulle. Nous l'avons rencontré 16 fois chez les rougeoleux. Nous l'avons constaté aussi chez d'autres sujets mais d'une façon exceptionnelle ;

b. Le staphylocoque blanc, 13 fois sur 37 examens ;

c. Autres micro-organismes : le streptocoque est rare. J'ai surtout rencontré des cocci, des diplococci et des bacilles ;

3° *Muqueuse bucco-pharyngée et nasale.* La flore y est très complexe : 9 fois sur 12 j'y ai vu le streptocoque, puis le pneumocoque, le staphylocoque blanc, ainsi que le bacille que j'ai précédemment décrit ;

4° *Dans les complications* conjonctivales, nasales et pharingées, on rencontre surtout des microbes septiques, seuls ou associés entre eux ou au même bacille. Le staphylocoque blanc est parmi ceux qu'on rencontre le plus souvent.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 14 janvier.

Sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques. — MM. Hallopeau et Bureau. Ce fait se rapproche beaucoup de ceux qui ont été décrits sous le nom de folliclis et rattachés par les auteurs et M. Darier à la tuberculose ; le caractère essentiel des éléments éruptifs est la présence dans leur partie centrale d'une pustulette, laquelle fait bientôt place à une dépression cratériforme ; plus tard, il se produit une cicatrice à bords taillés à l'emporte-pièce ; ces éléments sont disséminés sur toute la surface du tronc et des membres, le plus souvent isolés, parfois agminés ou même conglomérés en groupes simulant des placards de lupus verruqueux ; ils en diffèrent en ce que l'on peut constamment les décomposer en leurs éléments initiaux, reconnaissables, soit à leur pustulette, soit à leur cicatrice centrale. Le sujet, comme il est de règle en pareil cas, est atteint de tuberculose ganglionnaire. Ce fait diffère de ceux qui ont été étudiés sous le nom de folliclis par le siège superficiel des lésions initiales. Les résultats des examens histologique et bactériologique seront publiés ultérieurement.

M. Brocq rapporte un cas très analogue à celui de M. Hallopeau, observé chez un sujet présentant tous les attributs du lymphatisme : kératose pilaire, angiokératome, adénites, mais qui n'était pas atteint de tuberculose viscérale. Chez ce malade l'éruption disparut en quelques jours sous l'influence de l'administration d'acide phénique à l'intérieur et de pilules de sulfate de quinine et de digitale. La rapidité d'évolution de la maladie plaide peu en faveur de la nature tuberculeuse de celle-ci ; aussi M. Brocq croit qu'à côté des éruptions qui dépendent de l'infection bacillaire, on doit faire une place à part pour des éruptions dues à des infections diverses.

Un nouveau cas de « folliculite disséminée » chez un homme atteint de tuberculose ganglionnaire. — M. G. Thibierge. Voici encore un homme atteint de l'affection désignée sous les noms de folliclis, de folliculite disséminée, d'idradénite suppurative, et que M. Darier, frappé de son développement chez des sujets tuberculeux, a proposé récemment d'appeler tuberculide. Dans le cas actuel, les lésions sont constituées par de petits nodules durs enchâssés dans le derme, centrés par une pustulette et donnant lieu à une cicatrice ; elles sont localisées aux mains, aux coudes et aux oreilles ; en ce dernier siège, elles remontent peut-être à plusieurs années, mais leur apparition aux mains ne date que de quelques mois et est postérieure au développement d'adénopathie tuberculeuse, à forme pseudo-lymphadénique dans l'aisselle et au cou. A ce dernier titre, le malade que je présente rentre donc dans

la règle, de même que par l'existence de l'asphyxie des extrémités. Je ferai remarquer cependant — et cette remarque tire un certain intérêt du peu de certitude des notions pathogéniques que nous possédons sur cette affection. — que le malade est un ancien syphilitique, traité à plusieurs reprises par les préparations iodurées.

Cicatrice chéloïdienne consécutive à une cautérisation par la teinture d'iode. — M. G. Thibierge. Voici une jeune fille de 15 ans, présentant à la région présternale une cicatrice chéloïdienne remontant à sept mois et survenue à la suite d'une application de teinture d'iode faite, au cours d'une bronchite, de la façon suivante : une certaine quantité (environ 10 grammes) de teinture d'iode fut versée sur un morceau d'ouate lequel fut laissé en place pendant toute la nuit ; le lendemain il s'était formé une croûte noirâtre dont la chute, amenée par un cataplasme, laissa une ulcération de forme et d'étendue correspondant à celles de la chéloïde actuelle. La manière anormale dont la teinture d'iode a été appliquée et l'intensité avec laquelle elle a agi dans ce cas expliquent comment a pu se développer une conséquence tout à fait exceptionnelle.— M. Besnier en faisait la remarque dans la dernière séance — d'un traitement aussi banal que la révulsion iodique.

Tricophytie cutanée. — M. du Castel présente une enfant de trois ans qui, depuis quelques semaines, est atteinte dans la région du dos de plusieurs petits placards assez nettement arrondis, dont l'un situé au centre des autres et plus étendu que les précédents. Ces placards présentaient à leur périphérie une éruption de petites vésicules remplies d'un liquide séro-purulent. L'examen microscopique pratiqué par M. Sabouraud a révélé la présence du trichophyton.

Erythème circiné tricophytique. — M. Du Castel présente un autre enfant bien portant atteint depuis trois mois d'une éruption de la main consistant en placards arrondis, squameux, grands comme des pièces de un franc environ, ressemblant à de l'érythème circiné trichophytique avec altération de quelques ongles. Le diagnostic est hésitant entre la trichophytie cutanée et l'eczéma ; il n'a pas été possible de trouver de parasite.

Angiome volumineux. — M. Matelet présente une jeune fille portant à la partie inférieure de la fesse gauche une tumeur érectile volumineuse qui descend jusqu'à la moitié de la cuisse et se dirige en avant vers la région trochantérienne. A la suite d'une chute survinrent deux ouvertures par lesquelles se fit une hémorrhagie de plusieurs litres de sang. La malade presque exsangue se rétablit cependant. Actuellement la tumeur est mamelonnée, donne une sensation d'empâtement et les téguments présentent à ce niveau une certaine pigmentation.

Traitement chirurgical des lupus étendus. — M. Nélaton présente deux malades atteints de lupus végétant ayant envahi toute la face et pour lesquels, après échec des traitements usités, il a employé, dans un cas, un curettage énergique sous le chloroforme, dans l'autre, la cautérisation à fond au galvano-cautère. Amélioration marquée dans les deux cas.

Cas de télangiectasies en plaques multiples. — Le Dr Broco présente une malade de 59 ans ayant eu la syphilis à 21 ans, qui a vu survenir à 50 ans, quelques mois après la ménopause, d'abord sur la jambe, puis sur la cuisse gauches, quelques taches d'un rouge vif. Elles n'augmentèrent d'abord qu'avec une extrême lenteur, puis, à l'âge de 54 ans, à l'occasion d'une grippe grave compliquée d'accidents pleuro pulmonaires, elles se développèrent en grand nombre. — Actuellement la malade présente sur toute l'étendue des deux membres inférieurs, disposées d'une manière assez symétrique, une quantité considérable de taches rouges dont le teint varie du rouge vineux au rouge vif. La plupart d'entre elles s'effacent complètement par la pression et surtout par la distension des téguments : cependant un certain nombre conservent une légère teinte jaunâtre. Elles sont constituées par de très fines télangiectasies. Elles ne font aucune saillie à la surface des téguments qui ne présentent pas non plus de dépression à leur niveau. Leur forme générale est ovalaire ; quelques-unes, surtout les plus petites, sont arrondies : leurs limites sont assez nettement arrêtées. Leurs dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une pièce de 50 centimes et plus. Elles sont surtout nombreuses vers la face interne et moyenne des cuisses, et à droite ; mais en somme elles criblent au nombre de plus de 400 les deux membres inférieurs. Certaines d'entre elles présentent en un ou plusieurs points de leur surface des taches blanchâtres de forme générale arrondie, de la dimension d'une forte tête d'épingle, d'aspect cicatriciel, mais au niveau desquelles le derme est parfaitement souple et de consistance normale comme d'ailleurs au niveau de toutes ces plaques. En outre à leur surface existe une desquamation furfuracée au niveau des cuisses, mais qui, sur les jambes, arrive à constituer des sortes de lamelles nacrées, transparentes, posées sur les plaques malades comme des pains à cacheter. Vers la partie moyenne de la face interne du tibia droit, qui est bosselée dans son ensemble, se voit une tumeur un peu rosée, allongée dans le sens vertical, et qui donne l'impression d'une lésion syphilitique : en arrière, vers le mollet, on en trouve deux autres plus petites. La malade est extrêmement impressionnable et a été déjà soignée pour des troubles diverses du système nerveux. — L'auteur a pu relever dans la littérature médicale sept autres cas publiés de télangiectasies généralisées. Ce qui fait l'intérêt de la malade actuelle, c'est d'abord les antécédents de syphilis qui ont été notés dans deux autres cas, mais surtout l'existence de taches blanches pseudo-cicatricielles sur certaines plaques, et d'un léger degré de desquamation de l'épiderme à leur niveau, ce qui semblerait indiquer qu'il existe un certain processus inflammatoire et pas seulement de simples troubles neuro-vasculaires.

Psoriasis kératosique. — MM. Gaucher et Hermary présentent le moulage d'un homme atteint de psoriasis atypique de la face palmaire des mains. On y trouve de larges squames adhérentes et çà et là quelques papules d'un rouge pâle. Cet homme n'a jamais eu la syphilis, mais il a subi plusieurs poussées de psoriasis et encore maintenant il porte à l'un des coudes une plaque typique de psoriasis. A la face plantaire des pieds il existe du psoriasis kératosique.

De la scrofule oculaire et de ses relations avec la syphilis héréditaire. — M. Galezowski. 1° La scrofulose oculaire est une manifestation, soit de la syphilis, soit de la tuberculose;

2° Généralement ces deux causes constitutionnelles se trouvent réunies ensemble chez des enfants atteints d'ophthalmie scrofuleuse et impriment, en conséquence, à l'affection un cachet spécial;

3° Dans la très grande majorité des cas d'ophtalmies

ites scrofuleuses, c'est la syphilis héréditaire qui domine t efface la tuberculose:

4° Les kératites phlycténulaires, dites communément crofuleuses, ne sont qu'un simple herpès fébrile ;

5° Le traitement antisyphilitique et surtout les frictions ercurielles amènent la guérison.

MM. Hallopeau et Bureau. 1° un cas de pseudo-pelade en andes. Il s'agit probablement d'une altération névrotique;

2° Un cas de mycosis avec masque spécial et prurigo. Le rurigo est très rare dans le mycosis fongoïde.

Eosinophilie chez les psoriasiques. — Pour M. Leredde l n'existe pas d'éosinophilie dans le psoriasis contrairement à ce qui a été avancé.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 janvier 1897.

La séance s'ouvre à 4 h. 1/2 sous la présidence de M. Ladreit de la Charrière, président.

Le procès-verbal est lu et adopté.

Correspondance manuscrite. — Lettres de M. de Beauvais et de M. Leudet s'excusant de ne pouvoir assister au banquet. — Lettre de M. Morau remerciant la Société de son élection.

Correspondance. — Revues et journaux habituels. — Lettre de candidature de M. Baraduc (de Châtel-Guyon) et envoi de ses travaux. *Commission*: MM. Censier, Martha et Morau, rapporteur.

M. Guépin fait hommage à la Société d'une brochure sur *Le foyer infectieux prostato-genital.*

Il arrive parfois, dans des conditions encore peu connues, que l'infection de la prostate se complique rapidement d'infection générale ; en un mot, que la prostate *infectée* devienne prostate *infectieuse.*

C'est ce que j'ai étudié dans le petit travail intitulé : *Le foyer infectieux prostato-génital* dont j'ai l'honneur de faire hommage à la Société.

M. le Président annonce la mort de M. Thiry (de Bruxelles).

Allocution de M. le Président sortant.

M. Ladreit de Lacharrière. — Messieurs,

L'année qui vient de finir sera pour notre société particulièrement mémorable.

Elle eût démontré, si c'eût été nécessaire, que l'amour austère de la science, agrémenté par une cordiale camaraderie, suffit à assurer à une société comme la nôtre une durée sur laquelle le temps n'a pas de prise.

Cette vitalité, nous ne la devons qu'à nous-mêmes, et nous pouvons dire avec orgueil que nous rendons des services et que nous n'en demandons jamais.

Avant de parler de nos joies, vous me permettrez, Messieurs, d'évoquer, dans un pieux hommage, le souvenir de ceux qui ne sont plus.

J'entends encore la voix vibrante de notre secrétaire général Wickham qui, il y a un an, à cette même séance, vous faisait un compte rendu, saisissant par sa forme littéraire, des travaux de l'année

Au dîner familial que je ne saurais oublier, et qui réunissait quelques uns d'entre vous, il montra une gaîté charmante, et cependant il était à la veille de prendre la résolution fatale qui l'a séparé de nous pour jamais.

Sans doute, comme le poète,

> Il se disait, le laurier devient cendre,
> Cendre qu'au vent l'hiver aime à jeter,
> Et, dans son vol, dût-on si haut monter,
> Toujours près d'elle il faudra redescendre.

Et vers le ciel il s'est fait un chemin !

D'autres morts nous ont également attristés pendant le cours de l'année 1896. Nous avons perdu cinq membres correspondants nationaux : MM. Arnaudet, de Cormeilles ; Berlin, de Nice ; Pasquier, d'Evreux ; Laure, de Cannes ; et Pinaud, de l'île d'Oléron.

Parmi les correspondants étrangers : MM. de Comensoro, de Rio-de-Janeiro ; Manuel Llovera Lossada, de Madrid ; et Thiry, de Bruxelles.

Que leur souvenir reste dans notre mémoire comme dans nos annales, car, si leurs travaux étaient le plus souvent offerts aux sociétés locales de leurs résidences, ils étaient fiers du titre de membres de la Société de médecine de Paris, et, par leurs félicitations et leurs adresses, ils ont tenu à avoir leur part de nos fêtes du centenaire.

Le bon renom de notre Société, en France comme à l'étranger, nous a valu, depuis deux ans, de nombreuses candidatures qui bientôt, je l'espère, compléteront le chiffre statutaire de nos membres titulaires.

En 1895, nous avons admis 17 membres titulaires, et 2 membres correspondants ;

En 1896, nous avons reçu 7 membres titulaires et 12 membres correspondants. En tout depuis deux ans 24 membres titulaires, et 14 membres correspondants, soit un total de 38 membres.

Si je rappelle, Messieurs, les admissions de 1895, ce n'est que pour payer un juste tribut de reconnaissance à mon très distingué prédécesseur M. Besnier, qui a fait bénéficier notre Société du respect affectueux dont il est entouré dans le monde médical, et que lui ont valu l'étendue de son savoir, la sûreté et la cordialité de ses relations; je puis mieux que personne lui rendre cet hommage, ayant été son collaborateur dévoué dans la tâche, du reste facile, d'appeler à nous cette élite de la jeunesse médicale que nous sommes heureux d'avoir pour collègues.

Nous avons eu encore, en 1896, une heureuse fortune, celle de confier les fonctions de secrétaire général à notre très distingué collègue M. Jullien. Il est de ceux qui savent gagner les sympathies par la valeur de leurs travaux et le charme de leur caractère. Ses amitiés à l'étranger ont amené à nous un certain nombre de savants parmi lesquels je suis heureux de compter MM. Iodko, Ogilvie, Elhers, Bianchi et Tarnowski.

Avec le concours de membres nouveaux aussi distingués, secondée par le zèle et le dévouement de son bureau, la Société de médecine de Paris a mené les fêtes de son centenaire comme un véritable triomphe.

A l'aurore de ces jours bénis, notre société a conféré un titre nouveau et exceptionnel à un savant de premier ordre Son Altesse le prince d'Oldenbourg, qui fait progresser la science en Russie en lui consacrant son savoir, sa vie, et sa fortune.

En donnant à Son Altesse le titre de membre d'honneur de la Société de médecine de Paris, vous avez consacré dans notre sphère l'union scientifique des deux grandes

Nations Sœurs, aujourd'hui inséparables pour le maintien de la paix et la réalisation du progrès de l'humanité.

Je suis encore ému, Messieurs, au souvenir de cette première séance des fêtes de notre centenaire, où, dans la modeste salle de nos réunions habituelles, vous avez reçu les représentants les plus haut placés de nos grandes institutions médicales. Ils venaient consacrer avec vous deux monuments impérissables :

L'un, destiné à perpétuer les mérites de nos fondateurs personnifiés dans le relèvement des Sciences médicales par le groupement en une forte société de tous ceux qui avaient souci des vérités scientifiques et de l'honneur professionnel.

Notre collègue M. Duroziez s'est brillamment acquitté de la tâche qui lui était confiée.

Disciple de Rabelais dans tout ce que ce grand philosophe a de fin, de délicat et de profond, je ne sais ce qui nous a le plus séduit de l'originalité de son esprit ou du charme de son style.

Vous avez voulu en second lieu, dans votre fête solennelle, honorer la mémoire d'un véritable savant, qui fut membre de notre Compagnie, et dont les découvertes ne furent pas assez connues de son temps, et ne lui valurent pas tous les honneurs qu'elles méritaient. Dans un style d'une incomparable séduction, dont peu d'écrivains ont autant le secret, notre collègue M. Motet nous a fait un exposé de tous les travaux de Duchenne, de Boulogne.

Pour marquer l'étape glorieuse des cent premières années de notre Société, vous avez fait frapper une médaille, et avez inscrit dans un livre d'or les noms de tous ceux qui ont été depuis un siècle les gardiens vigilants de nos vieilles et saines traditions, et vous avez tenu à y consigner également le récit des fêtes de notre centenaire, afin de perpétuer le souvenir de ces journées mémorables.

Il appartient, Messieurs, à votre secrétaire général de vous faire l'exposé des travaux importants de notre Société pendant l'année qui vient de s'écouler. Il vous dira que cette revue doit nous inspirer à tous une légitime satisfaction, mais ne nous laissons pas bercer par la voix de ce charmeur, redoublons d'activité pour l'honneur de la Science française, et pour donner à notre Société un éclat lumineux, semblable à celui de ces phares dont les rayons vont chercher à l'horizon les ténèbres, pour sonder les abîmes et découvrir les écueils.

Messieurs, ma tâche est remplie, mais mon cœur, qui déborde de sentiments de gratitude, exige que je vous remercie encore du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence de notre société, et de la bienveillance dont vous m'avez honoré.

Messieurs, avant de quitter ce fauteuil, je vous demande la permission de remercier en votre nom les membres du bureau de 1896 :

MM. Bouloumié et Jullien, Gillebert d'Hercourt le trésorier modèle, Pellier le soigneux archiviste, Brossard et Millée nos dévoués secrétaires; nous leur devons beaucoup, et en particulier le succès des fêtes de notre Centenaire.

Allocution de M. le Président.

M. Bouloumié. — Messieurs et chers collègues,

Permettez qu'avant d'aborder mes nouvelles fonctions je vous adresse tous mes remerciements pour le grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence.

Lorsqu'il y a vingt ans et plus, j'ai sollicité le titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris, connaissant sa valeur scientifique et sa tradition de dignité, j'ai considéré mon admission comme un honneur.

Ayant vu depuis lors combien était légitime sa haute réputation, je considère comme un honneur bien plus grand encore celui qui m'est fait aujourd'hui.

Aussi est-ce avec un profond sentiment de reconnaissance que je vous remercie.

Sans vouloir exagérer la responsabilité qui m'incombe, sans vouloir faire parade d'une modestie qu'on considère toujours comme plus ou moins sincère, je peux dire que ce n'est pas sans une certaine préoccupation que j'envisage la situation que votre bienveillance a bien voulu me faire.

Quand je parcours la liste de mes devanciers et quand je revois à l'œuvre mon prédécesseur immédiat M. Ladreit de Lacharrière, je me dis que votre compagnie a souvent mis à sa tête des personnalités dont l'éclat rejaillissait sur elle, mais que parfois aussi elle a appelé à la présidence des collègues qu'elle entendait faire bénificier de son éclat, et c'est aujourd'hui le cas. Cette situation m'impose des devoirs que je chercherai à remplir de mon mieux, soyez en sûrs, et que j'accomplirai, je l'espère, grâce au concours si précieux et si dévoués de mes éminents collègues du bureau, M. Aug. Voisin et M. Jullien, entre autres.

Nouveau venu à la présidence, je ne voudrais pas me permettre de proposer une méthode de travail qui, sortant des habitudes de notre Société, pourrait être prise pour une critique injustifiée de ce qui s'est fait depuis cent ans et a su conduire notre Compagnie parfois à travers des écueils et des péripéties diverses, au point où elle en est actuellement; mais je me permettrai de vous demander de vouloir bien faire souvent ce que nous avons fait parfois et toujours avec succès : Inscrire à notre ordre du jour certaines grandes questions et appeler ainsi sur elles une discussion sérieuse et approfondie qui fasse époque; notre Société le peut si elle le veut et, le faisant, elle fera œuvre utile et appréciée certainement.

Prendre l'initiative de certaines mesures d'intérêt général au point de vue de la santé publique et provoquer leur mise en pratique en associant à ses efforts les autres sociétés médicales, toutes plus jeunes qu'elle et toujours prêtes à donner pour cela leur concours à leur digne doyenne.

Cette manière de voir est celle de votre secrétaire général aussi bien que de votre président; nous vous demanderons de l'adopter; l'un et l'autre, soyez-en sûrs, nous nous emploierons pour en assurer au mieux la réussite, sans oublier toutefois que les discussions les plus intéressantes, entre confrères instruits et expérimentés, naissent souvent à l'occasion d'un fait inopinément porté à la tribune.

Je m'arrête, Messieurs et chers collègues, en finissant par où j'ai commencé, en vous exprimant une fois encore mes sentiments de reconnaissance envers vous et de dévouement envers notre Société.

Rapport sur les travaux de la Société de médecine de Paris pendant l'année 1896, par le Dr L. Jullien, secrétaire général. — Messieurs, notre année s'ouvrit sous les plus sombres présages; une catastrophe volontaire venait de nous priver de notre secrétaire général. C'est la seule perte que nous ayons éprouvée en 1896 parmi nos membres titulaires, mais le coup fut bien cruel.

Edmond Wickham faisait partie de notre Société depuis 1886 et s'y était signalé par bon nombre de travaux cliniques fort personnels. Je ne puis que rappeler ici ses mémoires sur l'*Albuminurie syphilitique*, la *Cure du varicocèle par la résection du scrotum*, l'*Intoxication saturnine*, le *Traitement des rétrécissements de l'urèthre*. Moins qu'un autre je puis oublier le rapport dont il voulut bien se charger lors de ma candidature, et qui m'ouvrant les portes de la Société de médecine, me prouva cependant que l'amitié n'excluait pas la sévérité. Plus qu'un autre aussi je dois me souvenir que son œuvre de secrétaire général fut active, intelligente et féconde. N'est-ce pas lui qui avait préparé les fêtes de notre centenaire?

Qui peut penser sans une amère douleur à tant de force, à tant de charme anéantis chez un de ces privilégiés pour lesquels la vie semble n'avoir que des sourires. Pour cet être séduisant et plein de grâce, vaillant autant que sympathique, l'existence facile semblait une fête et son discours n'était pas fait pour nous détromper. N'est-ce pas le cas de répéter avec le poète :

Qui sait sous quel fardeau sa pauvre âme succombe ?

Arrivé à cette minute où tous les offices de l'âme sont ébranlés, puisse-t-il avant le geste fatal s'être souvenu de la parole de Montaigne : « C'est une récepte qui ne peut jamais manquer et de laquelle il ne se faut pas servir tant qu'il y a un doigt d'espérance de reste. » Alors son malheur nous le rendra plus cher encore et sa mémoire vivra parmi nous.

« La vie, a écrit Bichat, est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort. » En envisageant l'évolution de la Société de médecine de Paris pendant ces dernières années, on se sent pénétré de la vérité de cette brutale définition. Semblables à ces vieillards, chez lesquels la vie languit et s'avançant insensiblement vers son terme, nous allions succomber quand nos énergies se sont réveillées. Nous avons triomphé de la mort, et nous vivons. Nos organes étaient sains, nos fonctions n'étaient que ralenties. L'œuvre de rénovation commencée l'an dernier s'est amplement poursuivie cette année, pour s'affirmir en des solennités qui resteront inoubliables. Aux applaudissements de ses sœurs plus jeunes, la vieille Société a frappé de son éclat centenaire la foule des savants venus à son appel. Paris, la province et l'étranger, les notables de la science et même de la politique, connurent nos fastes bellement retracés par notre Duroziez, ouirent la vie d'un de nos demi-dieux, le plus grand parmi nos grands, célébrée en un rythme magnifique par M. Motet, goûtèrent les pures jouissances de l'art lyrique chez notre président, ne dédaignèrent pas de s'asseoir à notre table, d'y rompre le pain et de vider les coupes pétillantes, en nous souhaitant long et brillant avenir. Ce furent nos glorieuses, le livre d'or et la médaille en perpétueront à jamais le souvenir.

Mais je m'arrête, c'est à notre cher président qu'il appartenait de vous retracer ces journées de joie, et il l'a fait à merveille. Mon rôle est de vous montrer à l'ouvrage et j'ai hâte d'aborder le compte rendu de vos travaux, car vous avez beaucoup travaillé.

Les anciens regardaient *le cœur* comme une espèce de divinité. A voir l'attention que nous lui avons donnée, l'intérêt des discussions qui le concernèrent, ne semble-t-il pas que nous partagions un peu l'opinion du divin Platon ?

« Le cœur est un de ces premiers mobiles où l'industrie et les vues de la nature éclatent de toutes parts ; il est le principe de la vie, la source de ce feu qui ne s'éteint qu'avec elle, le premier agent sensible qui anime les parties, le dernier qui perd son activité ; c'est l'âme matérielle de tous les corps vivants ; son action est ce mouvement perpétuel que l'art n'a pu imiter ; son tissu une machine dont le génie le plus fertile en inventions n'imaginerait jamais la structure. Sous une simplicité apparente, il offre un assemblage d'instruments aussi variés que nombreux ; mais quand on les a développés, on ne saurait pénétrer jusqu'au principe de leur action. Elle est attachée à des ressorts invisibles qu'une obscurité profonde nous cachera toujours... Les découvertes paraissent épuisées, tant de mains habiles ont fouillé dans cette machine ! Que trouver aujourd'hui qui leur ait échappé, si ce n'est peut-être des particularités dédaignées parce qu'elles ont paru inutiles. » Quand Sénac écrivait ces lignes décourageantes, il y a cent cinquante ans, pouvait-il se douter qu'il restait tant à découvrir dans ce champ si exploré ! Il n'avait certainement pas compté sur l'infatigable sagacité d'un Duroziez. Notre collègue aime le cœur, comme il le connaît, et s'y complaît. Il l'aime à l'état physiologique, vivant en bonne intelligence avec son sternum, « tel cœur, tel sternum », et ses voisins du médiastin. Il l'aime aussi dans ses écarts, quand il grossit, devient insuffisant, se rétrécit, fuit devant les épanchements, s'arrête sous la douche ou le chloroforme, s'affole dans les altitudes. Il défend son indépendance et sa dignité : « Le foie ne peut pas servir à délimiter le cœur, ils peuvent et doivent être délimités à part, sans souci l'un de l'autre. » Parfois il semble le morigéner : « Au cœur les bruits sont trop touffus, trop serrés, les cavités n'ont pas toujours les mêmes rapports, on ne sait où l'on est » ; mais la boutade dure peu. Ses bruits sont pour lui douce musique, il les écoute sur la poitrine, les surprend dans le dos, les poursuit au cou et jusque dans la cuisse, autant de moyens nouveaux qu'il nous donne en passant de le bien connaître.

Pas d'appareils, pas de moyens complexes. Certains ne marchent qu'avec le stéthoscope, M. Germe (d'Arras) brandit son plesselimite, M. Bianchi avance d'un pas sûr, guidé par le phonendoscope. M. Duroziez combat toutes ces instrumentations : l'oreille, l'oreille nue doit suffire et suffit, en effet, à notre collègue. Vous vous souvenez de ces luttes ardentes où nul champion ne fut vaincu. Essayé, expérimenté, scruté de mille façons par notre active Commission, le *phonendoscope* a été salué, dans le rapport de M. Besnier, comme une conquête précieuse, un sûr moyen d'investigation, quelque chose comme une radiographie pratique, surtout entre les mains de son patient et industrieux inventeur. C'est un bel instrument, mais il en faut savoir jouer. N'en dirons-nous pas autant de la percussion, et n'y a-t-il pas place en clinique pour l'une et pour l'autre? M. Bianchi joue du phonendoscope en artiste, mais peut-on souhaiter en percussion plus grand virtuose que l'élève de Bouillaud ? Aussi qui de nous n'applaudit à cette parole par laquelle notre confrère italien termina une de ces récentes passes d'armes : « J'honore en M. Duroziez un des maîtres de la percussion. » Vous serez tous avec moi si j'ajoute : et de la clinique.

Toujours à propos du cœur et de ses défaillances. M. de Ranse a appelé notre attention sur l'angine de poitrine et la pseudo-angine si excellemment traitée à Néris. Pendant

une pratique de plus de vingt années dans cette station, notre confrère a pu relever 65 cas dont 2 seulement d'angine vraie ; révélation consolante s'il en fût. Ce serait donc rendre hommage à la vérité que de renoncer à ce vocable sinistre et si peu justifié. En faisant revivre les dénominations rassurantes de sternalgie, névralgie pleurocostale, nous délivrerons les malades et leur entourage de la plus douloureuse obsession.

Ne quittons pas le système circulatoire sans mentionner l important travail de M. Censier sur l'action élective des eaux de Bagnoles dans le traitement des phlébites.

L'auteur y joint le massage, mais avec qu'elle prudence il trace et restreint les limites de son application ! C'est grande hardiesse qu'une telle pratique, mais chacun l'acceptera s'il veut écouter les savants *distingo* de son promoteur.

Le 28 mars, une communication de M. Bouloumié relativement à l'*utilité du crachoir* provoquait sur la tuberculose un échange de vues qui devait être fécond, et sous l'impulsion vigoureuse de notre vice-président, conduire à un résultat qui marquera dans nos annales.

Depuis plus de quatorze ans on connaît le bacille de Koch et l'on sait qu'il abonde dans les crachats ; des faits nombreux et frappants de contagion indéniable, imputable aux crachats, ont été publiés et, malgré ces constatations, ces preuves, ces faits, malgré les efforts de la ligue préventive contre la tuberculose et de nombreux médecins, on discute encore au lieu d'agir, et on ne fait, on peut le dire, rien de plus aujourd'hui qu'autrefois pour éviter la contagion.... et cependant la tuberculose augmente d'année en année.

Emus de cette situation, vous avez nommé une commission composée de MM. Abadie, Brossard, Duroziez, Gillebert-d'Hercourt, Jullien, Leudet, Rougon et Bouloumié rapporteur.

Une campagne a été décidée, un appel sera adressé à toutes les sociétés scientifiques de France en même temps que le rapport si complet de notre vice-président. En nous faisant ainsi les initiateurs de la guerre au fléau qui nous décime, vous vous êtes dit, Messieurs, que nous restions vigilants continuateurs de la Société de la santé dont nous émanons, et que les grands hommes de bien qui furent nos fondateurs seraient contents de notre œuvre. Ils applaudiraient aussi, j'en suis sûr, l'admirable clinicien que se montre M. Leudet dans sa monographie sur le *traitement du tuberculeux pulmonaire.*

De la tuberculose au poumon, le chemin est bien court, profitons-en pour nous arrêter un instant sur le cas de *pneumonie adynamique et hypothermique* que M. Voisin a si heureusement combattue par *les bains frais* Il s'agissait d'une aliénée dont la mort semblait prochaine et fût immanquablement survenue sans l'expédient de cette pratique trop délaissée. L'hydrothérapie agit ici comme un tonique du système nerveux et du cœur ; nul n'était mieux qualifié que M. Glénard pour soutenir parmi nous l'orthodoxie de la doctrine à laquelle il nous a initiés. Sans quitter les voies aériennes nous mentionnerons les mémoires importants de MM. Pellier, Fraigniaux, Sombret et le rapport de M. Mouzon sur la diphtérie, son heureux traitement par la sérumthérapie, et les dangers de la contagion posthume, s'il faut donner ce nom aux cas engendrés par les malades guéris effectivement, mais non complètement débarrassés du terrible bacille de Lœffler.

Aucun progrès ne nous est resté étranger. En même temps que nous discutons la sérothérapie, nous admirons les épreuves de *radiographie* présentées par M. Abadie au nom de M. Barthélemy, et si la théorie de l'au-delà, du boulet vital et du *psychicône.* formulée par M. Baraduc, trouve parmi vous plus de réfractaires que de croyants, nous prodiguons les marques de notre faveur au séduisant Narkiéwiez Iodko, quand il vient exposer dans cette salle, transformée en laboratoire, ses théories sur *l'électrographie et les nouvelles méthodes d'électrothérapie.* Pendant une heure nous vivons en familiarité avec les fluides, les effluves, les irradiations, et nous sommes flattés d'apprendre que l'organisme humain constitue par lui-même un appareil producteur et condensateur suffisant pour obtenir et radier le fluide des rayons X. Narkiewiez Iodko connut ce jour-là les honneurs du triomphe. A distance de temps et d'espace, nul de nous n'hésitera à lui renouveler l'expression de notre particulière estime.

Une seule fois nous nous sommes occupés d'ophthalmologie, à propos de ce simulateur qui pensa, bien à tort, mettre en défaut la perspicacité de notre cher collègue M. de Beauvais.

Des reins au méat nous avons scruté les voies urinaires avec une réelle prédilection. C'est d'abord M. Bianchi qui nous montre en des diagrammes irrécusables *les déplacements des reins.* Sous l'influence de la digestion, de la respiration, cette glande, la plus mobile de toutes, s'incline, se hausse, se tort, voisinant ici avec l'estomac, là avec le foie, sans que ces petites excursions, aller et retour, présentent rien d'anormal. En revanche, vous refusez d'admettre *l'albuminurie physiologique*, et s'il n'est pas condamné au brigthisme avec ses 6 gr. d'albumine, le malade de M. de Crésantignes n'en est pas moins un condamné, malgré les bons arguments présentés en sa faveur par MM. Bouloumié et Dubuc. Avec M. Picqué, nous nous sommes occupés de tuberculose rénale, à propos d'une malade à laquelle furent pratiquées avec le plus grand succès néphrotomie et néphrectonie. Nous gardons le souvenir du beau rapport présenté sur ce cas par M. Dubuc, et de la discussion qui suivit sur l'intervention chirurgicale en pareil cas et le *réflexe* auquel M. Guépin veut donner le nom de *vésico-uréthral.* M. Dubuc vous a fait assister à une lithotritie palpitante interrompue par un *incident chloroformique* heureusement passager. Si la discussion qui suivit ne fut pas très favorable aux tractions rythmées de la langue, elle eut le mérite de poser sur un terrain nouveau la vieille querelle entre *l'éther et le chloroforme*, et de motiver l'intervention ultérieure de MM. Bebi et Babacci, très documentés mais très peu catégoriques.

Nous avons fait visite à *la prostate* avec M. Guépin pour guide, c'est vous dire qu'aucun détail de la vascularisation de la châtaigne mystérieuse ne nous échappe ; le quadrilatère veineux nous est maintenant très familier. Je vous remercie, Messieurs, d'avoir bien voulu prêter l'oreille à mes rêveries doctrinales sur *l'ulcération blennorrhagique et les nouveaux chancres mixtes qui en sont la conséquence.* Je vous remercie surtout de m'avoir encouragé dans ma lutte contre *la goutte militaire*, et je vous répéterai encore : « Faisons appel à l'expérience de tous, que chacun fasse connaître les cas qu'il a pu observer dans sa pratique, les certitudes, les probabilités ; et nous constituerons un recueil d'observations du plus pressant intérêt. Disons-nous bien que nous n'éclairerons jamais assez les jeunes gens, les

ouvriers comme les mondains, sur les conséquences ultimes de la blennorrhée, faisons bien voir l'avenir conjugal empoisonné, la postérité compromise; donnons-leur les moyens de reconnaître ce mal, éloignons-les du mariage par honnêteté, par raison, par intérêt, et surtout apprenons à les guérir. » Quel beau rôle ce serait pour notre Société de mener la croisade contre cet agent de dépopulation cent fois plus terrible que *la syphilis* ! Deux mots seulement sur cette dernière qui n'a comparu devant vous qu'à l'occasion des rapports de M. Duroziez sur les candidatures Elhers et Ogilvie, et de celui que je vous présentai moi-même sur celle de M. Tarnowsky, pour vous démontrer, hélas ! l'inanité des tentatives de sérothérapie faites jusqu'ici. Bien plus heureux sommes-nous avec *la gale* dont *le meilleur traitement* vous est maintenant connu.

Les organes génitaux féminins n'ont pas été oubliés. Notre jeune postulant M. Sibut, celui que l'on pourrait appeler l'Eliacin de notre Société, a mérité notre bienveillance pour la présentation d'un *utérus didelphe avec vagin cloisonné*, et d'une pièce pathologique *kyste et fibrome*, fertile en suggestions diagnostiques et thérapeutiques. A ce propos, et en d'autres occasions, Saint-Lazare a retenu votre attention sur *la salpyngite*, ce tant difficile et douloureux problème ! Vous l'avez écouté aussi à propos des *kystes du vagin* lors du beau mémoire de M. Cazin. Mais gynécologie ne va pas aujourd'hui sans *hystérectomie*, et c'est M. Pellier qui par la communication d'une observation remarquable a eu le mérite d'amener à votre tribune le grand promoteur de l'hystérectomie totale, le chirurgien de Saint-Louis. En nous exposant ses ultimes perfectionnements, le dernier cri, comme on dirait à la rive droite, le spirituel orateur se plaisait à qualifier ce procédé de provisoire ; ce qui ne l'est pas, c'est la légitime réputation de M. Richelot et le grand honneur qui en rejaillit sur notre Société.

J'arrive à la partie douloureuse de ce travail ; faisons maintenant notre recensement.

Cinq de nos membres correspondants nationaux manquent à l'appel ; M. Arnaudet, de Corneilles (Eure), nous appartenait depuis 1889 ; M. Pineau (de l'île d'Oléron) avait été élu en 1884 ; M. Berlin, de Nice, en 1892. Donnons un adieu à ces jeunes enlevés prématurément. Les deux autres dont il me reste à parler nous furent conservés jusqu'à un âge avancé. M. Pasquier put jouir longtemps de la première situation à Evreux. Chirurgien de l'hôpital de cette ville, sollicité de tous côtés, par la clientèle la plus étendue, il resta toujours fidèle à notre devise de science et de dévouement. J'eus l'occasion de me rencontrer avec lui, il y a quelque dix ans, au chevet d'un ami bien cher, et dans les conditions les plus dramatiques. Je vois encore sa bonne figure au cadre de favoris grisonnants, j'entends sa parole mesurée et sage, pleine d'autorité et de bonté, et je me complais à me remémorer l'ensemble de ces traits, de cet habitus personnel qui faisaient dire au premier aspect : celui-là, c'est un homme de bien.

C'était une belle figure que notre correspondant M. Laure, qui vient de s'éteindre à Cannes. Il se consacre d'abord à la chirurgie de marine, où il brille d'un très grand éclat. Mieux que personne il indique le caractère et le traitement de la fièvre bilieuse hématurique, le premier il apprend à donner les doses massives de sulfate quinique dès le premier accès pernicieux sans attendre le second, toujours mortel ; il y a quarante ans qu'il préconisa l'ipéca dans les hémoptysies et les injections d'eau chaude dans l'épistaxis, et qu'il contesta les indications de l'arsenic dans l'impaludisme. En 1856, il publiait son beau *Traité des maladies de la Guyane*. Mais peu après il était lui-même atteint de la phthisie des pays chauds et renonçait à ses fonctions officielles sur les instances de Trousseau qui l'envoya se guérir à Allevard où il se fixa ainsi qu'à Hyères. Le conseil avait été bon, Laure mourut à 88 ans, après s'être grandement distingué dans ces deux stations. Au cours de sa vie coloniale notre collègue avait eu trois fois la fièvre jaune et une fois le choléra. Ne pensez-vous pas, Messieurs, que voilà une carrière bien remplie, et que nous devions un souvenir ému à ce brave qui sut si vaillamment payer de sa personne !

Le 28 décembre dernier, en l'église collégiale des SS. Michel et Gudule, se célébraient à Bruxelles les obsèques d'un de nos correspondants étrangers, Jean Hubert Thiry, mort à l'âge de 79 ans, ancien recteur de l'Université libre de Bruxelles, ancien chef de service des hôpitaux de cette ville, ancien président de l'Académie royale de médecine de Belgique, ancien conseiller provincial, commandeur de l'ordre de Léopold ; c'est vous dire quelle place tenait notre collègue dans les charges, les conseils et les honneurs de son pays. Mais cette haute situation nous touche bien moins que les services qu'il rendit à la science. Thiry fut un vénéréologue et un hygiéniste de premier ordre. Son nom reste attaché à toutes les grandes discussions qui établirent, il y a trente ans, le régime des mesures à prendre pour la réglementation de la prostitution. En pathologie nous lui devons la *théorie granuleuse de la blennorrhagie*. La blennorrhagie granuleuse est pour cet auteur une affection spéciale, *sui generis*, qui a pour caractère pathognomonique de faire naître sur la muqueuse de l'urèthre, de l'utérus, de l'œil une inflammation sans analogue secrétant un pus spécial, nommé virus granuleux. En dehors du virus granuleux, toutes les puissances étiologiques lui semblaient aussi incapables d'engendrer une blennorrhagie contagieuse, à caractère spécifique, que d'engendrer la gale sans acarus, l'herpès tonsurant sans tricophyton, le chancre infectant sans pus syphilitique. Remplaçons granulation par gonocoque, et la doctrine de notre collègue reste debout ; ce qui veut dire qu'il avait vu la vérité tout entière dans ses modalités d'origine et de développement. L'interprétation seule, inabordable à son époque, lui a fait défaut.

Parmi nos correspondants étrangers nous avons encore à mentionner d'autres pertes sensibles. M. Manuel Llovera Losada (de Madrid) nous appartenait depuis 1880 et M. Ataliba de Comensoro, un de nos bons collègues du Brésil, depuis 1881. La nouvelle de ce décès ne nous était pas parvenue, quand nous lançâmes nos circulaires pour le centenaire et nous n'en fûmes instruits que par le retour de notre lettre d'invitation : aussi ne savons-nous pas exactement s'il ne remonte pas à une date plus éloignée. Si je vous signale cette particularité, c'est pour exprimer le regret bien vif de voir nos correspondants se tenir avec notre Société en communion moins étroite que nous ne le souhaiterions. Beaucoup semblent même nous oublier, et ne restent plus correspondants que de nom, alors que nous serions si heureux de compter sur leurs travaux, leur souvenir au moins. Si nous recevions de chacun d'eux un mémoire, une observation, un fait seulement chaque année, de quel surcroît d'intérêt ne bénéficieraient pas nos séances ! Pour parvenir à ce résultat soyez sûr

que votre secrétaire général n'épargnera aucun effort.

Après avoir compté nos morts, quel spectacle plus consolant que de passer en revue nos recrues ?

Son altesse le PRINCE D'OLDENBOURG a bien voulu accepter le titre de membre d'honneur que nous lui avions offert dans un élan d'admiration reconnaissante pour la généreuse part qu'il prend au mouvement scientifique actuel. Notre président à exprimé mieux que je ne pourrais le faire quelle juste fierté nous ressentons d'un tel suffrage ; avec fidélité nous inscrirons désormais ce nom respecté en tête de nos listes annuelles.

Nos nouveaux titulaires sont au nombre de quatre : MM. CAZIN, BRUNET, PICQUÉ et MORAU. M. CAZIN, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, suit la rude voie des concours qu malheureusement l'éloigne momentanément de nous. Peu de chirurgiens se présentent avec un aussi important bagage de travaux retentissants. Le monde médical se passionne pour ses *recherches*, en collaboration avec le professeur Duplay, *sur la nature du cancer*. Vous lui avez décerné le prix Duparque pour un mémoire sur certaines tumeurs de la matrice et vous l'avez élu après une belle étude sur les kystes ; souhaitons lui de prompts et grands succès de ses concours et espérons qu'arrivé à son but il ne nous oubliera pas.

Vous avez certainement tous présent à l'esprit le mémoire de M. BRUNET sur la *bactériologie à la campagne*. Notre candidat prouvait avec de bien intéressants arguments l'alliance possible et nécessaire entre la clinique de tous les jours et l'investigation du laboratoire, nous devons beaucoup attendre d'un grand labeur orienté avec tant de sûreté vers la science.

Que vous dire de mon ami PICQUÉ, que vous ne connaissiez aussi bien que moi. Sa renommée d'habile opérateur, et, disons le mot, de grand chirurgien, est parfaitement établie ; si nous étions égoïstes, nous aurions presque à le regretter, parce que en vérité il est trop rarement des nôtres. Ne désespérons pas cependant, s'il a voulu venir à nous en plein succès, ce ne peut pas être pour nous délaisser.

Avec M. MORAU la physiologie, l'anatomie pathologique, et la pathologie expérimentale ont brillamment fait leur entrée parmi nous. Qu'il me suffise de citer le mémoire magistral sur *la colite membraneuse* que M. Bouloumié dans son rapport nous a présentée d'une façon si saisissante. Aux nombreuses et savoureuses productions sur lesquelles se fonde la notorité de notre jeune collègue nous pouvons juger de l'apport dont il enrichira nos séances.

Mêmes raisons d'orgueil quand nous considérons nos nouveaux correspondants nationaux. Notre bon collègue DELMAS (de Bordeaux) nous donne son fils Maurice Delmas connu déjà par ses travaux sur les maladies virulentes de son étude *des Boues de Dax*.

Le Havre nous envoie un hygiéniste de premier ordre, M. SOMBRET, dont le beau travail sur la tuberculose dans cette ville vint à propros documenter encore nos discussions. Voici M. GLÉNARD, que l'Académie de médecine sembla nous disputer en le choisissant presque en même temps que nous. Son nom est connu du monde entier, ses travaux, pour nombreux qu'ils soient, sont dans toutes les mémoires, il a bouleversé la *pathologie de l'abdomen*, et porté à un degré de perfection insoupçonné *l'étude clinique du foie*. Quel est son plus beau titre de gloire ? La chose peut se discuter, pour moi j'en sais qui se contenteraient d'avoir sauvé chaque année depuis quinze ans quelques milliers d'existence en faisant adopter à Lyon, à Paris, à la France entière, la méthode de Brand comme *traitement de la fievre typhoïde*. Il faut avoir assisté aux luttes et suivi la campagne dans laquelle l'apôtre s'est prodigué sans défaillance depuis la première heure pour comprendre avec quel talent et quelle énergie notre ami réussit à terrasser la ligue de toutes les malveillances liées aux routines.

M. GERME, notre dernier élu, est professeur à l'école d'Arras et médecin de l'hôpital de cette ville. L'éloquent rapport de M. Duroziez nous montre ce chercheur s'acharnant aux plus hardis problèmes de la physiologie et de la pathologie. Le cœur est son terrain, le cerveau son domaine. A quelles belles joutes nous assisterions le jour où le distingué professeur viendrait défendre contre M. Duroziez les points sur lesquels diffèrent ces deux maîtres !

Il me reste à parler des étrangers qui sont au nombre de six. M MELLO BARRETO dont on analysait récemment le travail sur la fièvre jaune, remplace à point M. Gomensoro. M. TARNOWSKI est un de nos plus célèbres professeurs étrangers, il professe et pratique avec un éclat incomparable la syphiligraphie à Saint-Pétersbourg. C'est avec une joie profonde que j'ai été chargé de vous présenter les travaux de ce maître qui comptera, j'en ai confiance, non seulement parmi nos plus grandes illustrations, mais au premier rang des travailleurs.

Très jeune encore, AURELIO BIANCHI a eu la rare fortune d'attacher son nom à une méthode nouvelle d'auscultation, et d'en créer tant le manuel que l'instrumentation avec une rare habileté. Lui aussi doit mener la bataille contre bien des opposants. Ses armes : patience, courtoisie exquise, labeur obstiné et surtout bonne foi.

J'ai gardé pour finir un trio de délégués qui acceptèrent notre invitation du 22 mars, et dont, les ayant singulièrement appréciés, nous avons fait nos collègues. Leur valeur, vous n'en pouviez douter puisqu'ils représentaient la science de leur pays, et vous vous êtes souvenus que leur éloquence, leur parfaite connaissance de notre langue, et leur amour pour notre pays avaient été un des ornements de cette soirée mémorable. OGILVIE, ELHERS et JODKO, fils glorieux de l'Angleterre, du Danemark et de la Russie, soyez les bienvenus dans ce cercle familial où vous représentez la syphiligraphie, la dermatologie et la haute physiologie expérimentale, dans ce qu'elles ont de plus moderne et de plus passionnément progressiste.

Épilogue, qui ne sera peut-être pas du goût de notre cher trésorier, nos bulletins compteront cette année plus de 400 pages.

Vous le voyez, Messieurs, j'avais raison de vous dire que nous avons beaucoup travaillé, et nous avons aussi beaucoup prospéré.

Dans le recueil que nous allons livrer à l'histoire, je ne sais si la postérité distinguera quelque clarté nouvelle née du commerce de nos libres esprits, mais je suis sûr qu'elle lira l'effort désintéressé vers le bien et vers le vrai.

M. BARADUC lit un travail **sur le traitement de dyspepsies anachlorhydriques par la galvanisation du pneumogastrique.** (*Sera publié.*)

M. BIANCHI lit un travail **sur les déplacements des organes pendant l'évolution d'un épanchement pleural libre.** (V. ci-dessus, p. 81.)

M. BARADUC, dans un cas de contraction de la paroi

musculaire de l'abdomen, n'a pu appliquer utilement la méthode de M. Bianchi. Même insuccès dans le cas d'une dame coquette dont la peau était comme tendue par des procédés d'émaillage qui enveloppaient la peau comme d'une cuirasse.

M. Bianchi insiste sur la nécessité que la tige du phonendoscope pose toujours directement sur la surface qui recouvre l'organe qu'on veut délimiter.

Un muscle en contraction comme le grand droit de l'abdomen peut empêcher la délimitation des organes subjacents, parce qu'on peut l'éloigner de la surface et empêcher ainsi le contact direct de la tige de l'instrument avec l'organe. Lorsque les muscles et la peau peuvent bien presser sur la surface de l'organe, le résultat est toujours assuré et il n'y a pas de différences sensibles entre la peau épaisse et la peau souple, entre le système musculaire riche et pauvre. Si les pressions avec la tige et avec le doigt sont bien faites, la transmission de la vibration à l'organe exploré et à l'oreille est assurée.

On ne peut expliquer l'impossibilité que le Dr Baraduc a trouvée, dans un cas, et il serait bien content de voir lui-même cette condition de peau. Mais il croit qu'avec la pression bien faite aussi en ce cas on obtiendra un résultat positif.

La séance est levée à 6 h. 3/4.

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 février 1897.
Présidence de MM. Ch. Monod *et* E. Delens.

Tumeurs malignes du foie. — M. Michaux. Dans les cas de tumeur maligne du foie, surtout chez les malades déjà épuisés, la laparotomie même exploratrice, rapide, est par elle seule dangereuse. Que sera-ce si elle se prolonge pendant les tentatives d'ablation de tumeurs hépatiques. Enfin je crois que les expériences de MM. Ouvray et Terrier pourront peut-être avoir quelque heureux résultat dans les cas de déchirure ou de plaie du foie, mais resteront sans effet dans les cas de tumeur maligne.

M. Ricard lit une observation envoyée par M. Terrier où la ponction du foie fut suivie de mort par hémorragie.

M. Broca. Dans un cas sous ma main, une ponction avec une aiguille de Dieulafoy fut suivie de mort quatre heures après, par une hémorragie qui se fit dans le péritoine. Instruit par ce fait, je crus, dans une circonstance analogue, plus prudent de faire une laparotomie exploratrice avant de faire la ponction du foie.

Chirurgie du poumon. — M. Tuffier. Depuis la discussion dernière, MM. Brun et Lejars ont eu l'occasion de réussir quatre fois le décollement pleuro-pulmonaire. — Donc ce décollement me paraît possible et je rappelle les expériences de Hallin, faites sur les animaux et qui, peut-être chez l'homme si on les appliquait, permettraient de remédier à la rétraction pulmonaire. — Elles consistent à canuler le larynx puis à augmenter la pression intra-bronchique.

Traitement électrique des affections utérines. — Travail lu par M. Boisseau du Rocher.

Fistule branchiale. — Présentation de malade par M. Berger.

M. Bazy et M. Ricard rappellent des faits analogues à celui que présente M. Berger.

Luxations irréductibles du coude. — Présentation de photographies de Rœntgen, par M. Berger.

De l'utilité des ablations partielles des ostéo-sarcomes des membres, par M. Reclus. Présentation de malades.

F. Verchère.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Par décret, en date du 31 janvier 1897, M. Hutinel (Victor-Henri), agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Val-de-Grâce. — Par décision ministérielle, en date du 1er février 1897, M. Nimier, médecin-major de première classe, a été nommé professeur titulaire de chirurgie d'armée (blessures de guerre), à l'École du Val-de-Grâce, en remplacement de M. le médecin principal Delorme.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 30 décembre 1896, ont été nommés aux grades et emplois désignés ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Delmas, maintenu comme médecin chef de l'hôpital militaire de Rennes, Boppe, maintenu comme médecin chef de l'hôpital mixte de Nantes.

Au grade de médecins de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Rigal ; maintenu comme médecin chef de l'hospice mixte du Mans. — Moine, maintenu à l'hôpital Saint-Martin. — Forgemol, désigné pour l'hôpital du Dey, à Alger.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe hors cadre Béchard, maintenu au 2e régiment du génie. — M. le médecin-major de deuxième classe Godet, maintenu au 130e d'infanterie. — M. le médecin-major de première classe hors cadre Malinas, désigné pour l'hôpital de Versailles. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Boutry, maintenu au 105e d'infanterie. — Petit, maintenu au 2e régiment de tirailleurs algériens. — Salesses, maintenu au 139e d'infanterie. — Kauffmann, maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger. — Zimmerman, maintenu au 44e d'infanterie. — Reboud, maintenu au 42e d'infanterie. — Lemarchand, maintenu au 55e d'infanterie. — Ollivier, désigné pour le 23e d'infanterie. — Collin, maintenu au 7e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Friant ; maintenu à l'École de Rambouillet. — M. le médecin aide-major de première classe Blanc, maintenu au 53e d'infanterie. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Lemoine, maintenu au 51e d'infanterie. — M. le médecin aide-major de première classe Gilliard, maintenu au 1er régiment étranger. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Soula, maintenu au régiment des sapeurs-pompiers de Paris. — M. le médecin aide-major de première classe Castaing, maintenu au 115e d'infanterie. — M. le médecin-major de deuxième classe hors classe Castelli, maintenu comme surveillant au Val-de-Grâce. — M. le médecin aide-

major de première classe Claude, maintenu au 159e d'infanterie. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Delahouste, maintenu aux batteries à cheval de la 7e division de cavalerie. — M. le médecin aide-major de première classe Ribierre, maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Prieur, maintenu au 87e d'infanterie. — M. le médecin aide-major de première classe Julia, maintenu provisoirement au 12e d'infanterie. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Alvernhe, maintenu aux batteries alpines du 19e d'artillerie. — M. le médecin-major de première classe Verdierre, maintenu au 136e d'infanterie. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Moingeard, maintenu membre externe de la section technique du service de santé et au 19e escadron du train. — M. le médecin aide-major de première classe Ollier de Vergèze, désigné pour les hôpitaux de la division de Constantine. — M. le médecin-major de deuxième classe hors cadre Benoît, maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie.

— Par décision ministérielle, en date du 30 décembre 1896, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Catrin, pour le 127e d'infanterie ; Dubrulle, pour l'emploi de major à l'école du Val-do-Grâce ; Mignon pour le 27e d'infanterie ; Cahier, pour l'hôpital de Bayonne ; Hassler, pour le 71e d'infanterie ; Laydeker, pour les hôpitaux de la division de Constantine.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Védel, pour le 11e d'infanterie ; Loup, pour le 125e d'infanterie ; Bourbon, pour le 114e d'infanterie ; Barré, pour le 147e d'infanterie ; Pitoist, pour le 3e dragons ; Berthier, pour le 16e bataillon de chasseurs à pied ; Duhaut, pour le 76e d'infanterie ; Dupeyron, pour le 30e dragons ; Dumoutier, pour le 74e d'infanterie ; Bonnamy pour le 6e dragons ; Delorme, pour le 132e d'infanterie ; Vincent, pour le 5e dragons ; Fradet, pour le 27e dragons ; Mitry, pour le 116e d'infanterie ; Penaud, pour le 39e d'infanterie ; Spillmann, pour la direction du service de santé du 3e corps d'armée, à Rouen ; Cuvier pour le 10e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Deumier, pour le 62e d'infanterie ; Vielle, pour les hôpitaux de la division d'Alger ; Gasser, pour le laboratoire de bactériologie de l'hôpital de Marseille ; Azam, pour le 6e chasseurs d'Afrique ; Mariau, pour le 136e d'infanterie ; Mathieu, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; Haury, pour le 7e d'artillerie ; Delmas, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lamoureux, pour le 1er chasseurs à cheval ; Melot, pour le 8e chasseurs à cheval ; Daireaux, pour le 82e d'infanterie ; Lévêque, pour le 115e d'infanterie ; Pla, pour le 23e d'artillerie ; Baumelou, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied ; Auguin, pour le 20e chasseurs à cheval ; Gautier pour le 5e chasseurs à cheval ; Blanchard, pour le 16e dragons.

Cours d'hygiène sociale, professé à la Bourse du Travail, 3, rue du Château-d'Eau. — Sujet du cours : *L'hygiène et l'alimentation des travailleurs*. — M. le Dr A.-J. Martin fera la leçon du samedi 6 février 1897, à huit heures et demie du soir à la Bourse du Travail, salle des Conférences, sur l'habitation de l'ouvrier. La conférence pratique du dimanche 7 février 1897 aura lieu à l'Observatoire de la Tour Saint-Jacques, rue de Rivoli, à neuf heures et demie du matin.

Nécrologie. — Le Dr Tédenat, de la Vacquerie (Hérault), décédé à l'âge de 83 ans. — Le Dr Daum, ancien médecin-major au 1er régiment de chasseurs, décédé à l'âge de 41 ans. — Le Dr J.-A. de Comeau, de Limoges, reçu en 1837. — Le Dr Jounia, de Marseille, reçu en 1862. — Le Dr Melquiond de Marseille, reçu en 1853. — Le Dr de Friess (Camille), d'Ajaccio, décédé à l'âge de 40 ans. — Le Dr Brunet, après avoir exercé quelques années à Paris, est allé mourir à Lezay (Deux-Sèvres) de tuberculose pulmonaire.

La mortalité à Paris. — Pendant la quatrième semaine, du 24 au 30 janvier 1897, le service de la statistique a compté 995 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine dernière 1.002 et surtout la moyenne 1.183.

Les maladies épidémiques sont (44 au lieu de 52 et de la moyenne 73), la fièvre typhoïde a causé 3 décès au lieu de 8 et de la moyenne 7, la scarlatine 2 au lieu de 4 et de la moyenne 3, la rougeole 18 au lieu de 15 et de la moyenne 14, la coqueluche 7 au lieu de 14 et de la moyenne 6, la diphtérie 9 au lieu de 10 et de la moyenne .

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus.

On a signalé 5 décès par l'influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a causé 28 décès au-dessous de 1 an au lieu de 24 et de la moyenne 37.

En outre 35 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 155 décès (au lieu de 158 pendant la semaine précédente et au lieu de 240, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 28 décès (au lieu de la moyenne 34) ; bronchite chronique, 28 décès (au lieu de la moyenne 26) ; broncho-pneumonie, 45 décès (au lieu de la moyenne 55) ; pneumonie, 54 décès (au lieu de la moyenne 43). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 60 décès, dont 38 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 183 décès au lieu de la moyenne 171 ; la méningite tuberculeuse, 19 décès ; la méningite simple, 28 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 62 décès, et les maladies organiques du cœur, 63 ; le cancer a fait périr 46 personnes. Enfin, 43 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 18 suicides et 12 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 401 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.104 enfants vivants (563 garçons et 541 filles), dont 781 légitimes et 323 illégitimes. Parmi ces derniers, 49 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 340 enfants, dont 19 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 90 seront nourris au sein et 250 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 114 mort-nés, dont 91 légitimes et 23 illégitimes.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HÊTRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de Soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*